

所得区分申告書

被保険者証 記号・番号	記号	福医 03	番号	1234000	(フリガナ) 組合員氏名	小林 知 国保 太郎	
医療機関所在地	〒 812-0016 福岡県福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号						
医療機関名称	国保クリニック						
(フリガナ) 対象被保険者 氏名	小林 知 国保 太郎			生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	性別	男

国保 太郎 様の世帯に属するすべての被保険者（※）の基準所得額（旧ただし書所得）の合計はいくらですか。該当する区分に○をつけ、説明に従って添付書類をご提出ください。

所得区分	所得要件
ア	901万円超
イ	600万円超901万円以下
ウ	210万円超600万円以下
エ	210万円以下
オ	市町村民税非課税

→ 2に○を付けて下さい。

→ 対象被保険者の世帯に属する全ての被保険者の所得証明書(※1)を添付して下さい。

→ 対象被保険者の世帯に属する全ての被保険者の非課税証明書(※1①)を添付して下さい。

なお、後期高齢者組合員がいる世帯の場合は、下記の質問で該当するものに☑して下さい。

後期高齢者組合員の市町村民税が、

- 課税されている
- 非課税である
⇒後期高齢者組合員の非課税証明書(※1①)も添付して下さい。

2 判定基準により対象被保険者が属する世帯は、【所得区分：ア】旧ただし書所得901万円超と判断したので、所得証明の資料は提出しない。

上記のとおり申告します。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

組合員氏名

国保 太郎

印

福岡県医師国民健康保険組合理事長 殿

※1 所得証明書は下記の書類のいずれかを提出ください。

- ① 「平成30年度住民税（非）課税証明書（所得が記載されているもの）」（役所（場）にて交付）
- ② 「平成30年度市町村民税・県民税納税通知書のコピー（所得が記載されているもの）」
- ③ 「平成30年度市町村民税・県民税特別徴収税額通知書のコピー（所得が記載されているもの）」